

Høringssvar – DSAM: “Astma og KOL i almen praksis”

Afsender: **Christian Heilmann**, speciallæge i almen medicin og **Janne Unkerskov**, speciallæge i almen medicin

På vegne af KAP-H

1. Overordnet vurdering

Tak for et grundigt og ambitiøst udkast til en tiltrængt opdatering af vejledningen. Vejledningen rummer flere relevante faglige opdateringer (bl.a. terminologi fra Dansk Lungefunktionsstandard, introduktion af Z-score/LLN-overvejelser, ABE-klassifikation og inddragelse af blod-eosinofiler), og der er tydeligt fokus på gennemførlighed i almen praksis. Nedenstående kommentarer er fremsendt i et konstruktivt ønske om at styrke vejledningens kliniske anvendelighed og reducere risiko for misforståelser ved implementering.

2. Overordnet kommentar – sammenlægning af astma og KOL

Det vurderes, at sammenlægningen af astma og KOL i én samlet vejledning – trods velbeskrevet rationale – i praksis risikerer at reducere overblik og øge kognitiv kompleksitet. Astma og KOL deler enkelte elementer (obstruktion, inhalationsbehandling, rygestop mv.), men adskiller sig markant mht. ætiologi, debutalder, diagnostiske kriterier, behandlingslogik og opfølgning. Der anbefales derfor enten (a) opdeling i to selvstændige vejledninger eller (b) en mere konsekvent separation i struktur, figurer og algoritmer, således at man som kliniker kan “stå i” én sygdom ad gangen uden overlap i samme flow.

3. Specifikke kommentarer (angivet med side/figur, jf. udkast)

3.1 Figur 2 – diagnostisk flowchart (side 10/figur 2)

Formålet med at samle diagnostiske flowcharts i én figur er forståeligt, men resultatet fremstår mindre pædagogisk og kan skabe forvirring i klinisk anvendelse. To adskilte diagnoser med forskellige diagnostiske “endpoints” (variabilitet/reversibilitet ved astma versus persisterende obstruktion ved KOL) bliver i én samlet figur let til en kompleks beslutningstræssituation, hvor centrale forskelle udviskes.

Forslag: Opdel i to separate figurer (én for astma, én for KOL). Som inspiration kan de flowcharts, som Dansk Lungemedicinsk Selskab har publiceret, med fordel anvendes som model, da de er gennemgående mere intuitive og anvendelige.

3.2 Diagnostik af KOL – præcisering af FEV1/FVC og post-bronkodilatator (side 21)

Formuleringen “persisterende luftvejsobstruktion defineret som vedvarende FEV1/FVC < 0,7, uanset behandling med bronkodilatator, steroid eller andet” kan læses som en afvigelse fra den almindelige praksis med post-bronkodilatator-værdi som grundlag for diagnosen. Dette skaber betydelig usikkerhed – ikke mindst ift. ensartethed mellem almen praksis og lungemedicinsk regi.

Forslag: Præcisér eksplicit, at diagnosen KOL baseres på post-bronkodilatator FEV1/FVC < 0,7, og at bronkodilatator-respons ikke udelukker KOL, men at obstruktionen skal være persisterende. Hvis intentionen er en anden, anbefales en tydelig begrundelse og operationalisering (hvornår “uanset behandling” gælder, og hvordan det håndteres i praksis).

3.3 Z-score/LLN (side 16)

Afsnittet om Z-score og LLN/ULN er vigtigt og fremadrettet. Netop dette område rummer et stort potentiale for at reducere over- og underdiagnostik af KOL i almen praksis, hvor cut-off 0,7 historisk er “imprintet” og ofte anvendes uden alderskorrektion.

Afsnittet er dog teknisk, og for at øge anvendeligheden anbefales det at supplere med en enkel visuel forklaring, fx svarende til det display mange spirometre viser, hvor Z-score og LLN/ULN illustreres i relation til normalområdet. En sådan illustration vil for mange klinikere gøre afsnittet mere intuitivt og dermed mere sandsynligt implementeret.

3.4 Responstest ved mistanke om astma – ny definition og pædagogik (side 17–18, figur 3)

Det er positivt, at både GINA-kriteriet og kriteriet fra Dansk Lungefunktionsstandard beskrives. For at undgå misforståelser bør det dog fremgå tydeligt, at den “nye” definition relaterer sig til ændring i FEV1%/FVC% angivet som procent af forventet værdi (fx fra 75% af forventet til 85% af forventet), og ikke procentvis ændring af udgangsværdien.

Forslag: skriv konsekvent “FEV1 (% af forventet)” og “FVC (% af forventet)” i selve kriterieformuleringen.

Desuden fremgår den nye definition kun kort og uensartet; den bør indarbejdes konsekvent i relevante figurer, herunder figur 3, så algoritmer og tekst stemmer overens.

3.5 Peakflow (PEF) og organisering i praksis – digital understøttelse (side 18–19)

I afsnittet om PEF-monitorering kan det med fordel nævnes, at digitale patientløsninger (fx WebPatient) kan anvendes til systematisk hjemmemonitorering og registrering. Tilsvarende kan patienten forud for konsultationen registrere KRAM-faktorer og (ved KOL) MRC-grad eller CAT, hvilket kan effektivisere konsultationen og styrke strukturen i opfølgningen.

Forslag: Indarbejd dette som et praksisnært forslag i afsnittet om organisering (eller som kort "best practice"-boks), da det vil øge vejledningens implementerbarhed uden at ændre de faglige anbefalinger.

3.6 Figur 5 – GOLD ABE og risiko for sammenblanding med GOLD 1–4 (side 21/figur 5)

Figur 5 er en fin og tro gengivelse af GOLD's ABE-værktøj. Erfaringsmæssigt skaber samtidig angivelse af spirometrisk sværhedsgrad (GOLD 1–4) dog ofte forvirring, idet det fejlagtigt opfattes som behandlingsstyrende. I praksis bør behandlingsvalg primært styres af symptombelastning og exacerbationshistorik (ABE), mens FEV1%-baseret spirometrisk sværhedsgrad primært har prognostisk værdi.

Forslag: Enten fjern/ton den spirometriske klassifikation i denne kontekst, eller tilføj en meget tydelig forklaringslinje om, at GOLD 1–4 er "spirometrisk sværhedsgrad med prognostisk betydning" og ikke en behandlingsalgoritme. Derudover bør cut-off-angivelser harmoniseres på tværs af tekst og figurer ($\geq$ vs. $>$), så MRC/CAT-grænser er identiske alle steder.

3.7 Side 21 – begreber og konsistens (exacerbationer, MRC/CAT og FEV1%)

"To ambulant behandlede exacerbationer" kan misforstås som knyttet til ambulatorieregi. I almen praksis behandles en stor del af exacerbationer uden kontakt til sekundær sektor.

Forslag: erstat med "to behandlede exacerbationer (med prednisolon, antibiotika eller begge)".

"Høj symptomscore angives ved score ≥ 10 på CAT eller ≥ 3 i MRC" – rækkefølgen kan med fordel byttes, da MRC typisk er mest anvendt i praksis. Samtidig bør notation for cut-off ensrettes ($\geq$ vs. $>$) mellem tekst og figurer for at undgå implementeringsstøj.

Sætningen om at "sværhedsgraden af KOL kan yderligere klassificeres på baggrund af FEV1% (GOLD 1–4)" anbefales præciseret til "spirometrisk sværhedsgrad (FEV1% af forventet)" og det bør understreges, at dette primært har prognostisk – og ikke behandlingsstyrende – værdi.

3.8 Figur 7 og 8 – pædagogik og klinisk anvendelighed (side 32–39)

Figur 7 og 8 er fagligt relevante og i overensstemmelse med anbefalingerne. Som underviser for både læger og praksispersonale er erfaringen dog, at de tilsvarende figurer fra BBH/Medicinsfunktionen ofte opleves som mere pædagogiske og direkte anvendelige. Forståelsen "falder typisk på plads" for mange først, når Medicinsfunktionens algoritmer ses.

Der er forståelse for, at figurer med præparatnavne kan være problematiske i en national vejledning. Dette kan håndteres ved at (a) lave præparat-neutrale versioner eller (b) medtage Medicinsfunktionens figurer som bilag/supplement (evt. med generiske stof-/klasseangivelser). Vejledningen anvender allerede materiale fra samme kilde ved seponering af ICS (figur 9), hvilket taler for konsistens ved også at supplere her.

3.9 Side 34 – NNT-bulletpoints (astma/ICS-effekt)

De to bulletpoints med NNT (Number Needed to Treat) under afsnittet om ICS-effekt er meget tekniske og har begrænset praktisk merværdi i en klinisk hverdag. Det øger læsebyrden uden at understøtte konkrete beslutninger i almen praksis.

Forslag: fjern bulletpoints eller flyt dem til et bilag/"evidensboks" for særligt interesserede. Den øvrige tekst i afsnittet fungerer rigtig godt.

3.10 Side 35 – redaktionel overskriftsfejl

Under afsnittet om astmaeksacerbationer fremgår en underoverskrift "Farmakologisk behandling af KOL". Dette fremstår som en redaktionel fejl og bør rettes/flyttes for at bevare logisk struktur.

3.11 KOL-exacerbation og antibiotika (CRP > 50) – skelnen mellem exacerbation og pneumoni (side 38 ff.)

Angivelsen af antibiotika-indikation ved purulent opspyt og/eller CRP > 50 er klinisk anvendelig, men bør ledsages af en tydeligere opmærksomhed på differentialdiagnosen pneumoni. I praksis ses hyppigt, at pneumonier hos KOL-patienter fejlkodes/registreres som exacerbationer, hvilket kan påvirke efterfølgende risikostratificering (ABE) og behandlingsskalation.

Konsekvensen kan blive, at "behandlede pneumonier" tælles som exacerbationer og dermed øger sandsynligheden for opstart/eskalation af ICS. Dette er særligt uheldigt, da ICS hos KOL-patienter er associeret med øget risiko for pneumoni.

Forslag: Indarbejd en kort, praksisnær vejledning til skelnen mellem exacerbation og pneumoni, fx at høj CRP, feber, fokale auskultationsfund eller klinisk mistanke bør udløse overvejelse af pneumoni og evt. røntgen af thorax. Pointen er, at CRP alene ikke bør stå som "trigger" uden kontekst.

3.12 ACO (side 43) – begrebsbrug og henvisningsanbefaling

Begrebet ACO anvendes flere steder. Da ACO ikke er en entydigt afgrænset diagnose i klassifikationssystemer, anbefales en mere deskriptiv terminologi, fx "patienter med samtidig astma og KOL" eller "patienter med karakteristika fra både astma og KOL". Dette vil være mere pædagogisk og reducere risiko for at skabe en "tredje diagnose" i almen praksis.

Derudover anbefales henvisningsanbefalingen nuanceret: "alle med mistanke om ACO bør henvises" fremstår for bredt, da overlap-træk er hyppige. Forslag: præcisér henvisningskriterier (fx diagnostisk usikkerhed, manglende respons trods korrekt inhalationsteknik/adhærens, gentagne svære forværringer, behov for specialistbehandling/biologika eller betydelig irreversibel obstruktion, hvor astma-komponenten er uklar).

3.13 KOL-opfølgning (side 47–48) – SAT, EKG og eosinofiler

I afsnittet om opfølgning fremgår det, at SAT og EKG skal indgå ved opfølgninger. Dette bør efter min vurdering differentieres, da rutinemæssig SAT/EKG ved alle kontakter kan føre til overudredning og øget ressourceforbrug uden tilsvarende klinisk gevinst. Det giver mere mening at angive disse som “ved klinisk begrundet indikation” (forværring, hypoksisymptomer, mistanke om kardiel komorbiditet, ændret symptomprofil mv.).

Ligeledes bør anbefalingen om måling af eosinofiler nuanceres: eosinofiltal er særligt relevant ved overvejelse om inhalationssteroid (ICS) eller ved behandlingseskalation hos patienter med hyppige exacerbationer. Rutinemæssig måling ved alle opfølgninger er næppe nødvendig.

4. Afslutning

Afslutningsvis en stor tak til arbejdsgruppen for det grundige arbejde med denne tiltrængte vejledning. Med ovenstående præciseringer og justeringer vil vejledningen efter min vurdering i endnu højere grad fungere som et praktisk, pædagogisk og klinisk robust redskab i hverdagen i almen praksis.